

**DELEGA PER IL RITIRO DELLE PRESCRIZIONI E DELLA
DOCUMENTAZIONE SANITARIA PRESSO IL MEDICO MMG/ PLS**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ___ / ___ / _____

e residente in _____

Via _____ n. _____ tel. _____

Codice Fiscale _____

DELEGA

permanentemente, fino a revoca; per questa unica volta;

Il/La Sig./ra _____

nato/a a _____ il ___ / ___ / _____

e residente in _____

Via _____ n. _____ tel. _____

Codice Fiscale _____

a ritirare a mio nome e per mio conto tutte le prescrizioni ed eventuale altra documentazione di cui ho bisogno presso il MMG o il PLS.

Data: ___ / ___ / _____

FIRMA DEL DELEGANTE

FIRMA DEL DELEGATO (per accettazione)

E' richiesto di allegare copia dei documenti di identità di delegante e delegato.

Dichiaro che ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) e del D. Lgs. 196/2003 presto il consenso al trattamento dei miei dati personali da parte del delegato nonché da parte del MMG /PLS che autorizzo espressamente nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, giusta le informazioni e autorizzazioni già rilasciate, a dare seguito alla presente delega.